

Número de Evidencia de Reclamación:

Reclamante:

00642

787 458-2010 # de Caso  
37017  
39654**INFORMACIÓN SOLICITADA PARA PROCESAR SU RECLAMACIÓN****Instrucciones**

Responda las cuatro (4) preguntas y sub-preguntas aplicables. Incluya el mayor nivel de detalle posible en sus respuestas. Sus respuestas deben proporcionar más información de la que se incluye en la evidencia de reclamación inicial. A modo de ejemplo, si usted escribió previamente como fundamento de su reclamación "Ley 96," tenga a bien explicar ahora en qué leyes específicas pretende basar su reclamación, el año en que se aprobó la ley en cuestión, y cómo y por qué cree que esta ley en particular constituye un fundamento para su reclamación.

Asimismo, si estuviera disponible y fuera aplicable a su reclamación, proporcione:

- Copia de un escrito inicial, como por ejemplo una Demanda o Respuesta;
- Una sentencia o acuerdo de conciliación sin pagar;
- Notificación por escrito de su intención de radicar una reclamación con constancia de envío por correo;
- Toda documentación que, a su juicio, fundamente su reclamación.

Envíe el formulario completado y documentos de apoyo por **correo electrónico** a [PRClaimsInfo@primeclerk.com](mailto:PRClaimsInfo@primeclerk.com), o por **correo postal o entrega en mano** a la siguiente dirección:

| <u>Por Correo</u>   | <u>Entrega en Mano o Service de Correo Postal de 24 Horas</u>  |
|---|--|
| Commonwealth of Puerto Rico Supplemental Information Processing Center<br>c/o Prime Clerk, LLC<br>Grand Central Station, PO Box 4708<br>New York, NY 10163-4708 | Commonwealth of Puerto Rico Supplemental Information Processing Center<br>c/o Prime Clerk LLC<br>850 Third Avenue, Suite 412<br>Brooklyn, NY 11232 |

**Cuestionario****1. ¿Cuál es el fundamento de su reclamación?**

Una acción legal pendiente de resolución o concluida con el gobierno de Puerto Rico o en contra de este

Empleo actual o anterior en el gobierno de Puerto Rico

Otro (indique con el mayor nivel de detalle. Adjunte páginas adicionales de ser necesario.)

**2. ¿Cuál es el monto de su reclamación (cuánto dinero reclama que se le adeuda):**


---

3. Empleo. ¿Su reclamo se relaciona con un empleo actual o anterior en el gobierno de Puerto Rico?

No. Pase a la Pregunta 4.  
 Sí. Responda preguntas 3(a)-(d).

3(a). Identifique el organismo o departamento específico en el que trabaja o trabajó:

Dep de la Familia

3(b). Identifique las fechas de su empleo con relación a su reclamación:

5/3 sep / 1996

3(c). Últimos cuatro dígitos de su número de seguro social: 9654

3(d). Cuál es la naturaleza de sus reclamaciones de empleo (seleccione todo lo que sea aplicable):

Jubilación  
 Salarios impagos  
 Días por enfermedad  
 Queja con el sindicato  
 Vacaciones  
 Otro (Proporcione el mayor nivel de detalle posible. Adjunte páginas adicionales de ser necesario).

4. Acción legal. ¿Su reclamación se relaciona con una acción judicial ya cerrada o pendiente de resolución?

No.  
 Sí. Responda Preguntas 4(a)-(f).

4(a). Identifique el departamento o agencia que es parte de esta acción.

Dep de la Familia

4(b). Identifique el nombre y la dirección del tribunal o agencia donde la acción está pendiente de resolución:

Comisión apelativa del Servicio Público  
P.O. Box 41149 San Juan PR 00940-1149

4(c). Número de caso:

4(d). Título, epígrafe, o nombre del caso:

Miguel Suárez Andrade

*Número de Evidencia de Reclamación:*  
*Reclamante:*

4(e). Estado del caso (pendiente de resolución, en apelación, o cerrado):

4(f). ¿Tiene usted una sentencia impaga? Sí / No (Marque una)

De ser así, ¿cuál es la fecha y el monto de la sentencia?

**IF YOUR CLAIM IS LISTED HERE, ONE OR MORE OF THE DEBTORS ARE SEEKING TO DISALLOW YOUR CLAIM BECAUSE THEIR RECORDS SHOW THAT YOUR CLAIM IS DEFICIENT.**

| NAME                   | CLAIM #  | DATE FILED | DEBTOR                      | ASSERTED CLAIM AMOUNT |
|------------------------|--|------------|-----------------------------|-----------------------|
| Soto Corchado, Marisol | 37017  | 5/29/2018  | Commonwealth of Puerto Rico | \$0.00                |
| Reason:                | <b>Proof of claim purports to assert liabilities associated with the Commonwealth of Puerto Rico, but fails to provide any basis or supporting documentation for asserting a claim against the Commonwealth of Puerto Rico, such that the Debtors are unable to determine whether claimant has a valid claim against the Commonwealth of Puerto Rico or any of the other Title III debtors</b> |            |                             |                       |

**SI SU RECLAMO ESTÁ INCLUIDO AQUÍ, UNO O MÁS DE LOS DEUDORES SOLICITAN QUE SU RECLAMO SEA RECHAZADO, PUESTO QUE LOS DATOS INDICAN QUE SU RECLAMO ES DEFICIENTE.**

| NOMBRE                 | N.º DE RECLAMACIÓN  | FECHA DE PRESENTACIÓN | DEUDOR                      | MONTO DE LA RECLAMACIÓN ALEGADA |
|------------------------|---|-----------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| Soto Corchado, Marisol | 37017   | 5/29/2018             | Commonwealth of Puerto Rico | \$0.00                          |
| Base para:             | La evidencia de reclamación tiene la intención de formular las responsabilidades asociadas con el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, pero no proporciona los fundamentos ni la documentación de respaldo para formular una reclamación contra el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, de manera que los Deudores no pueden determinar si el reclamante tiene una reclamación válida contra el Estado Libre Asociado de Puerto Rico o cualquiera de los otros deudores en virtud del Título III. |                       |                             |                                 |

Copies of the Omnibus Objection and all other filings in the Title III Cases are available free online at <https://cases.primeclerk.com/puertorico>. If you have questions, please contact Prime Clerk LLC at (844) 822-9231 (toll free for U.S. and Puerto Rico) or (646) 486-7944 (for international callers), available 10:00 a.m. to 7:00 p.m. (Atlantic Standard Time) (Spanish available).

Copias de la Objeción global, y todos los escritos radicados en el marco de las causas conforme al Título III, están disponibles, de manera gratuita, en <https://cases.primeclerk.com/puertorico>. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Prime Clerk LLC llamando al (844) 822-9231 (número gratuito para Estados Unidos y Puerto Rico) o (646) 486-7944 (para llamadas desde el extranjero), disponible entre las 10:00 a.m. y las 07:00 p.m. (AST) (hablamos español).

**YOUR CLAIM IS LISTED HERE, ONE OR MORE OF THE DEBTORS ARE SEEKING  
TO DISALLOW YOUR CLAIM BECAUSE THEIR RECORDS SHOW THAT YOUR  
CLAIM IS DEFICIENT.**

| NAME                   | CLAIM #  | DATE FILED | DEBTOR   | ASSERTED CLAIM AMOUNT |
|------------------------|--|------------|--|-----------------------|
| Soto Corchado, Marisol | 39654  | 5/29/2018  | Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico | \$0.00                |
| Reason:                | Proof of claim purports to assert liabilities associated with the Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico, but fails to provide any basis or supporting documentation for asserting a claim against the Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico, such that the Debtors are unable to determine whether claimant has a valid claim against the Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico or any of the other Title III debtors |            |  |                       |

**SI SU RECLAMO ESTÁ INCLUIDO AQUÍ, UNO O MÁS DE LOS DEUDORES SOLICITAN  
QUE SU RECLAMO SEA RECHAZADO, PUESTO QUE LOS DATOS INDICAN QUE SU  
RECLAMO ES DEFICIENTE.**

| NOMBRE                 | N.º DE RECLAMACIÓN  | FECHA DE PRESENTACIÓN | DEUDOR   | MONTO DE LA RECLAMACIÓN ALEGADA |
|------------------------|---|-----------------------|--|---------------------------------|
| Soto Corchado, Marisol | 39654   | 5/29/2018             | Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico | \$0.00                          |
| Base para:             | La evidencia de reclamación tiene la intención de formular las responsabilidades asociadas con el Sistema de Retiro de los Empleados del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, pero no proporciona los fundamentos ni la documentación de respaldo para formular una reclamación contra dicho sistema, de manera que los Deudores no pueden determinar si el reclamante tiene una reclamación válida contra el Sistema de Retiro de los Empleados del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico o cualquiera de los otros deudores en virtud del Título III. |                       |  |                                 |

Copies of the Omnibus Objection and all other filings in the Title III Cases are available free online at <https://cases.primeclerk.com/puertorico>. If you have questions, please contact Prime Clerk LLC at (844) 822-9231 (toll free for U.S. and Puerto Rico) or (646) 486-7944 (for international callers), available 10:00 a.m. to 7:00 p.m. (Atlantic Standard Time) (Spanish available).

Copias de la Objección global, y todos los escritos radicados en el marco de las causas conforme al Título III, están disponibles, de manera gratuita, en <https://cases.primeclerk.com/puertorico>. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Prime Clerk LLC llamando al (844) 822-9231 (número gratuito para Estados Unidos y Puerto Rico) o (646) 486-7944 (para llamadas desde el extranjero), disponible entre las 10:00 a.m. y las 07:00 p.m. (AST) (hablamos español).

MARISOL SOTO CORCHADO  
BO. ARENALES ALTOS  
CALLE CHITO CORCHADO  
ISABELA, PR 00662  
SS:

# Empleado:

Dept: 127010-Aguadilla  
Lugar: Isabela  
Titulo: Sup. Asist. Soc. y Fam. I  
Sueldo: \$2,737.00 Monthly

DATA IMP: Federal PR  
Estado Civil: Single Single  
Concesiones: 0 0 +4  
Pct. Adcl.:  
Cant. Adcl.:

| DETALLE DE PAGOS REGULARES |               |                 |                               |                 |                  | DETALLE DE PAGOS NO REGULARES  |               |                 |
|----------------------------|---------------|-----------------|-------------------------------|-----------------|------------------|--------------------------------|---------------|-----------------|
| Descripción                | Sueldo        | Corriente       |                               | Acumulado       |                  | Descripción                    | Corriente     | Acumulado       |
|                            |               | Horas           | Ingresos                      | Horas           | Ingresos         |                                |               |                 |
| Pago de Salarios Regulares |               |                 | 1,368.50                      | 1,635.00        | 27,370.00        | Fed FICA Med Hospital Ins / EE | 19.85         | 396.87          |
|                            |               |                 |                               |                 |                  | Fed OASDI/Disability - EE      | 84.85         | 1,696.94        |
|                            |               |                 |                               |                 |                  | PR Withholding                 | 40.43         | 808.60          |
| <b>Total:</b>              |               |                 | <b>1,368.50</b>               | <b>1,635.00</b> | <b>27,370.00</b> | <b>Total:</b>                  | <b>145.13</b> | <b>2,902.41</b> |
| DETALLE DE PLANES DE SALUD |               |                 | DETALLE DE PLANES DE SALUD    |                 |                  |                                |               |                 |
| Descripción                | Corriente     | Acumulado       | Descripción                   | Corriente       | Acumulado        | Descripción                    | Corriente     | Acumulado       |
| GPR Plan Aport. Definidas  | 116.32        | 2,326.40        | SI-Seg Incap. Obligatorio     | 3.42            | 68.40            | SM-First Medical Health Plan   | 180.00        | 1,800.00        |
|                            |               |                 | AE-Asoc Emp ELA-Prest Regular | 86.84           | 1,736.80         | PSED Disability Plan           | 45.84         | 916.80          |
|                            |               |                 | SM-First Medical Health Plan  | 16.50           | 300.00           |                                |               |                 |
|                            |               |                 | CO-COOP LA SAG FAMILIA        | 20.00           | 400.00           |                                |               |                 |
|                            |               |                 | DM-FONDOS UNIDOS              | 0.50            | 10.00            |                                |               |                 |
|                            |               |                 | DM-GOB SEG SOC CHOFERES       | 1.09            | 21.80            |                                |               |                 |
|                            |               |                 | Ahorros-AEHLA                 | 41.06           | 821.20           |                                |               |                 |
| <b>Total:</b>              | <b>116.32</b> | <b>2,326.40</b> | <b>Total:</b>                 | <b>169.41</b>   | <b>3,358.20</b>  | <b>* Tributable</b>            |               |                 |
| Corriente:                 | 1,368.50      | 0.00            |                               | 145.13          | 285.73           |                                |               | 937.64          |
| Acumulado:                 | 27,370.00     | 0.00            |                               | 2,902.41        | 5,684.60         |                                |               | 18,782.99       |
| Balance Previo:            | 0.00          | Balance Previo: | 0.00                          | Balance Previo: | 0.00             | DETALLE DE PAGOS NO REGULARES  |               |                 |
| + Acumulado:               | 0.00          | + Acumulado:    | 0.00                          | + Acumulado:    | 0.00             | DETALLE DE PAGOS NO REGULARES  |               |                 |
| - Utilizado:               | 0.00          | - Utilizado:    | 0.00                          | - Utilizado:    | 0.00             | DETALLE DE PAGOS NO REGULARES  |               |                 |
| Balance Final:             | 0.00          | Balance Final:  | 0.00                          | Balance Final:  | 0.00             | DETALLE DE PAGOS NO REGULARES  |               |                 |
|                            |               |                 |                               |                 |                  | Aviso #4147041                 |               | 937.64          |
|                            |               |                 |                               |                 |                  | Total:                         |               | 937.64          |

Los balances de licencias corresponden al periodo de:

MENSAJE:

Adm.Desarrollo Socio Economico  
PO BOX 8000  
SAN JUAN, PR 00910-0800

Fecha  
10/30/2019

Aviso No.  
4147041

Cant. Deposito: \$937.64

A la  
Cuenta(s) De

MARISOL SOTO CORCHADO  
BO. ARENALES ALTOS  
CALLE CHITO CORCHADO  
ISABELA, PR 00662

Localizacion: Isabela

| Tipo de Cuenta | Numero de Cuenta   | Cant. Deposito |
|----------------|--------------------|----------------|
| Checking       | XXXXXXXXXXXXXXXXXX | 937.64         |
| Total:         |                    |                |
|                |                    | 937.64         |

NO-NEGOCIABLE

ADVERTENCIA DEL EMPLEADO: Escala # \_\_\_\_\_ Autorizado en H. E.

Nombramiento transitorio no le otorga derecho a ser nombrado en un puesto en el servicio de carrera con status probatorio o regular, a menos que cumpla con el procedimiento de reclutamiento y selección establecido en la Sección 4.3 de la Ley de Personal del Servicio Público enmendada para cubrir puestos en el servicio de carrera. El Nombramiento transitorio tampoco le permite ser participante del sistema de retiro de los empleados del Gobierno y la Judicatura. Este nombramiento transitorio se efectúa para atender una necesidad temporal, de emergencia, imprevista o de duración determinada y terminará cuando desaparezca la necesidad que dio origen al mismo.

4. Nombre del Empleado:

Marisel Soto Corchado

5. Número de Seguro Social

106

(Apellido Paterno) (Apellido Materno) (Nombre)

Si se trata de una mujer casada siga este orden:

6. Dirección del empleado

Bo. Arenales Altos

Box 662

Isabela, P.R. 00662

7. Agencia, Negociado o División, Sección o Unidad y Pueblo: Departamento de la Familia

Depto. de la Familia - Adm. de Desarrollo Socioeconómico y Familiar - Región Aguadilla

8. Título Clasificación del Puesto Transitorio

Técnico Asistencia Social

9. Número de Clase

10. Número del Puesto

3938

11. Clase de Nombramiento

 puesto de duración fija En puesto Permanente

12. Sueldo Mensual

\$ 1,071.00

Diferencial

\$

 con funciones de Carrera. con funciones Confianza

13. Duración del Nombramiento Transitorio

De 5 sept. 1996 Hasta \_\_\_\_\_

14. CERTIFICACIÓN DEL EMPLEADO: Certifico que no he ocupado un puesto permanente o de duración fija con status transitorio en el Servicio Público durante el periodo de un (1) año anterior a la fecha de efectividad de este nombramiento. Certifico además que estoy físicamente y mentalmente capacitado para desempeñar las funciones del puesto en el que se me nombra que no he sido destituido del servicio público que no he incurrido en conducta desonorable, no he resultado convicto por delito grave o por cualquier delito que implique depravación moral y que no soy adicto al uso habitual y excesivo de sustancias contrabandeadas o bebidas alcohólicas. Declaro que esta información es exacta y verídica y que dejo conocimiento que de descubrirse falsoedad en la misma seré separado del puesto en el que se me nombra.

Marisel Soto Corchado

Firma del Empleado

15. Certificación de la Agencia

Técnico de Asistencia Social

Certifico que el puesto número 3938 clasificado como Social y Familiar en el cual se nombra a Marisel Soto Corchado.

 Atenderá funciones de naturaleza temporal, de emergencia, imprevistas o de duración determinada. Atenderá funciones permanentes o recurrentes mientras se crea el puesto permanente necesario. responde a las circunstancias enumeradas en la Secc. 4.3 Inciso 12 Ley #5 del 14 de octubre de 1975, enmendada.

Especifique

16.

Sra. Gloria I. Soto

Asistente Especial Técnicos

Firma de Autoridad Nominadora o representante Autorizado

Título

Fecha

17. JURAMENTO DE FIDELIDAD Y DE TOMA DE POSESIÓN DEL CARGO O EMPLEO

Yo, Marisel Soto Corchado

Seguro Social

9636

de 23

soltera

(Nombre del Empleado)

(Edad) (Soltero o Casado)

Técnico de Asistencia Social vecino de

y nombre del Cargo o Empleo) (Pueblo)

Juro solemnemente que mantendré y defenderé la Constitución de los Estados Unidos y la Constitución y las Leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico contra todo enemigo interior o exterior, que prestaré fidelidad y adhesión a las mismas, y que asumo esta obligación libremente y sin reserva mental ni propósito de evadirla y que desempeñaré bien y fielmente los deberes del cargo o empleo que estoy próximo a ejercer. Así me ayude Dios.

5 de septiembre de 1996

(Fecha)

Marisel Soto Corchado

(Firma del empleado o Funcionario)

Declaración Jurada Núm. 0375

Suscribo y Jurado ante mí por Marisel Soto Corchado, de las circunstancias antes expresadas; a quien doy fe de conocer personalmente y de haber identificado mediante:

Licencia de Conducir Núm. 2659088

En Aguadilla

Puerto Rico, P.R. 5 de septiembre de 1996



Firma, Sello Dirección del Notario Público o del Funcionario Autorizado que toma el Juramento.

Apartado 518

Aguadilla, P.R. 00662